

Contrôleur
général
des LIEUX
de PRIVATION
de *Liberté*

Rapport de visite :

7 au 10 octobre 2019 – Deuxième visite

Centre hospitalier spécialisé

Albert Bousquet

(Nouméa – Nouvelle-Calédonie)



SYNTHESE

Sept contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé (CHS) Albert Bousquet, établissement public hospitalier autonome de Nouméa (Nouvelle-Calédonie), du 7 au 10 octobre 2019. Une précédente visite de l'établissement avait été effectuée du 18 au 20 octobre 2011.

Seul établissement de santé mentale de l'archipel calédonien, le CHS a structuré, au cours des vingt dernières années, une filière de santé mentale offrant à la population une réponse graduée à ses besoins de soins malgré les contingences d'un territoire étendu, parfois peu peuplé et comprenant plusieurs îles difficiles d'accès. A Nouméa, l'établissement compte 131 lits de psychiatrie générale répartis en trois unités d'admission, dont deux fermées, et trois unités de soins et de réhabilitation psychosociale, dont une fermée qui accueille uniquement des personnes en soins sans consentement. Un dernier service accueillait, au moment de la visite, les patients en long séjour psychiatrique ; sa requalification en maison d'accueil spécialisée était sur le point d'aboutir. La situation financière du CHS reste saine mais, en l'absence d'engagement financier pluriannuel des autorités qui en exercent la tutelle¹, l'établissement ne peut pas programmer d'investissement à moyen ou long terme.

La prise en charge médicale est apparue attentive et les équipes soignantes intervenant dans les unités, très investies et soucieuses du bien-être et de la dignité des patients. L'accès aux soins psychiatriques et somatiques est adapté aux besoins essentiels et la direction développe des efforts certains pour assurer l'affectation des postes, malgré les difficultés que connaît le territoire à cet égard s'agissant, en particulier, des emplois infirmiers. Cependant, l'offre de soins d'addictologie est apparue insuffisante et l'intégration des activités thérapeutiques dans les projets de soins, limitée.

De nombreuses violations des droits et libertés fondamentaux des patients en soins sans consentement ont été constatées. Plusieurs d'entre elles avaient déjà été relevées lors de la visite du CGLPL d'octobre 2011, dont le rapport n'a donné lieu à quasiment aucune action corrective de la part de l'établissement non plus que d'un quelconque suivi de la part de ses autorités de tutelle, qu'elles soient locales ou nationales. Ces observations ne peuvent donc qu'être reprises parmi les recommandations préconisées à l'issue de cette deuxième visite de l'établissement.

En premier lieu, les conditions matérielles de prise en charge sont apparues inadaptées dans les unités fermées accueillant l'essentiel des patients en soins contraints. Au-delà de la vétusté manifeste de certains bâtiments historiques pour lesquels un programme de rénovation progressive est en cours, les trois unités fermées où sont hospitalisés la plupart des patients en soins sans consentement sont apparues à bien des égards attentatoires à leur dignité, à la décence et à l'intimité (entretien général insuffisant, caractère particulièrement spartiate des chambres, fenestrons ou persiennes donnant sur les lits voire œillette ouvrant sur les toilettes

¹ La santé publique relève des compétences d'attribution des autorités de Nouvelle-Calédonie ; le président du Gouvernement calédonien en assure la tutelle, cependant que la direction des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie assure localement le rôle dévolu aux agences régionales de santé sur le territoire métropolitain. Les autorités nationales, représentées par le haut-commissaire pour la République en Nouvelle-Calédonie, demeurent compétentes au titre des pouvoirs régaliens de l'État : à ce titre, cette autorité a notamment compétence en matière de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État et le ministre chargé de la santé, en matière de suivi de la mise en œuvre des dispositions concernées du code de la santé publique qui sont applicables sur le territoire calédonien.

des chambres dédiées à l'isolement). En outre, ces unités ont été créées et aménagées sur un modèle carcéral : présence de caméras de surveillance, espaces extérieurs surchargés de barbelés, concertinas et murs rehaussés de plaques de fer. Dans l'une des unités d'admission concernées, les chambres sont desservies par deux accès qui sont équipés d'un double verrou extérieur en plus de la serrure, à l'image des équipements pénitentiaires.

Cette situation s'inscrit, en deuxième lieu, dans une approche sécuritaire des patients en soins contraints qui méconnaît leurs droits élémentaires et les exigences de la prise en charge médicale. Cette logique s'illustre notamment par les fouilles qui sont régulièrement menées sur les patients, avec utilisation de détecteurs manuels de métaux ; par l'intervention du maître-chien chargé de la sécurité nocturne du site à l'intérieur de certaines unités ; par l'intervention des forces de l'ordre, rendue possible par convention, pour l'admission et la mise à l'isolement de patients en soins contraints à la demande du représentant de l'État ; par l'intervention régulière d'une équipe cynophile des services de douane dans les unités pour la recherche de toxiques. A plusieurs égards, cette approche est apparue se substituer à la démarche de soins, à l'image des recherches de toxiques alors que l'offre médicale d'addictologie est en déshérence.

En troisième lieu, les droits des patients en soins sans consentement sont largement ignorés : les textes régissant ces soins sont peu connus des équipes administratives et soignantes et s'avèrent de ce fait particulièrement mal mis en œuvre faute de formations, d'organisation et d'outils adaptés pour ce faire. Deux séries de violations des droits ont ainsi été constatées.

D'une part, les garanties juridiques des patients sont bafouées : la notification des décisions de soins contraints (admission, maintien ou levée de la mesure) est inexistante, tout comme est absente la notification des droits garantis aux patients à ce titre. Si quelques documents de l'établissement évoquent certains d'entre eux, ils sont antérieurs à l'année 2011 et les informations qu'ils apportent sont désormais obsolètes. Par ailleurs, la décision du juge n'est pas remise aux patients et les registres de la loi sont largement incomplets et ne permettent pas d'assurer le contrôle prévu par les textes.

Globalement, l'organisation générale mise en place par l'établissement pour le suivi des mesures de soins sans consentement est défailante, ce qui conduit également à l'édiction de décisions antidatées et à la « disparition » des fichiers de personnes hospitalisées à temps complet en soins contraints, qui échappent de ce fait au contrôle judiciaire. A cet égard, les équipes – qu'elles soient médicales, paramédicales ou administratives – ne sont pas en cause : elles n'ont jamais été mises en mesure d'assurer cette mission de façon satisfaisante, faute de formation adaptée et d'outils pertinents.

D'autre part, les pratiques en matière d'isolement et de contention ne sont pour l'essentiel conformes ni à la réglementation, ni aux recommandations de bonnes pratiques du CGLPL et de la Haute autorité de santé. Matériellement, tout d'abord, puisque les espaces dédiés à l'isolement sont démunis de bouton d'appel et de tout dispositif équivalent ; ils ne permettent en outre aucun accès à l'air libre. Par ailleurs, les chambres dites de sécurité des unités fermées – qui ne constituent pas des espaces dédiés à l'isolement – sont quotidiennement utilisées à des fins d'enfermement nocturne, sans qu'il soit possible d'en vérifier la traçabilité faute de registre *ad hoc*. Ensuite, de nombreuses décisions de mise à l'isolement de patients en soins sans consentement sont illégales, portant sur une durée supérieure à douze heures pour les premières et à vingt-quatre heures pour les suivantes. En outre, il existe des décisions « si besoin » de placement à l'isolement et de mise en contention. Enfin, le placement à l'isolement de patients

en soins libres – pour rare qu’il puisse être selon les informations communiquées – ne donne pas lieu à changement de statut bien qu’il puisse parfois dépasser les douze heures. Et l’outil mis en place à titre de registre d’isolement ne permet pas le contrôle de ces mesures prévu par les textes.

Ces nombreuses atteintes aux droits trouvent l’une de leurs causes dans l’insuffisance manifeste de la réflexion institutionnelle, tant s’agissant des droits et libertés fondamentaux des patients et des projets de soins qu’en ce qui concerne le projet d’établissement et la qualité de la prise en charge. Des questions essentielles telles que la préservation de la dignité des patients, l’utilité de l’enfermement dans le soin, la pratique de l’isolement, l’hospitalisation des jeunes patients, la sexualité, l’éducation thérapeutique ou la contraception ne sont pas suffisamment réfléchies, discutées et questionnées ; aucune instance ne s’en empare et notamment pas un comité d’éthique que l’établissement a fait le choix de mettre en sommeil. Il est en conséquence indispensable que la commission médicale d’établissement et les autres instances du CHS se saisissent de chacun de ces champs de réflexion ; l’édiction d’un projet d’établissement et d’un projet médical actualisés, rendue indispensable compte tenu de l’expiration des précédents, constitue l’occasion offerte à l’établissement de tendre vers ces objectifs – tout comme le nouveau processus de certification mis en œuvre. En tout état de cause, malgré la docilité de la plupart des patients qu’il prend en charge et le cadre agréable résultant de sa situation en bord d’océan, le CHS Albert Bousquet doit sans délai se mettre en conformité avec les exigences du code de la santé publique et accorder intérêt aux recommandations du CGLPL et de la Haute autorité de santé, un tel cumul d’atteintes aux droits et libertés fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement étant rarement observé.

Dans ses observations relatives au rapport provisoire de visite qui lui a été adressé, le directeur du CHS ne conteste ni la réalité des constats arrêtés ni le bien-fondé des recommandations émises en conséquence. Pour un tiers d’entre elles, il fait état de projets d’évolution envisagés à moyen et long termes ou, parfois, d’actions correctives dont la mise en œuvre a été engagée depuis la visite du CGLPL – dans le cadre notamment du processus de certification qu’il a sollicité auprès de la Haute autorité de santé. Cependant, pour de nombreuses autres recommandations, ces observations, souvent floues et générales sur les termes et les modalités des actions évoquées, restent largement en deçà de ce qui est nécessaire pour mettre fin aux atteintes portées aux droits et libertés fondamentaux des patients. Au surplus, nombre de ces observations trahissent une mécompréhension manifeste du sens et des enjeux des recommandations émises, ce qui interroge sur la capacité de l’équipe dirigeante de l’établissement à engager effectivement et rapidement les actions correctives indispensables. Les autorités calédoniennes et nationales chargées de la tutelle du CHS Albert Bousquet devront donc être particulièrement attentives, comme le CGLPL, aux suites qui seront données au présent rapport par cet établissement.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

Ces pratiques originales qui sont de nature à favoriser le respect des droits des personnes privées de liberté peuvent servir de modèle à d'autres établissements comparables. L'administration est invitée à mettre en œuvre toute mesure utile (circulaire, guide technique, formation, etc.) pour les faire connaître et imiter.

BONNE PRATIQUE 1 45

Les frais d'expertise pour les décisions de protection juridique ne sont pas à la charge du patient.

BONNE PRATIQUE 2 92

L'équipe de psychiatrie de liaison présente aux urgences générales propose des consultations externes rapprochées pour des patients examinés aux urgences et nécessitant une surveillance et des soins accentués après leur retour à domicile.

BONNE PRATIQUE 3 95

L'établissement a développé une offre territoriale de soins extra hospitaliers au plus près des habitants dans le contexte difficile d'un territoire étendu, souvent peu peuplé et incluant plusieurs îles.

RECOMMANDATIONS

Ces recommandations justifient un suivi par le ministre qui exerce l'autorité ou la tutelle sur l'établissement visité. Trois ans après la visite, ce ministre sera interrogé par le CGLPL sur les suites données à ces recommandations

RECOMMANDATION 1 19

La direction du centre hospitalier devrait, sous le contrôle de ses autorités de tutelle, mettre en œuvre les recommandations émises par le CGLPL à l'issue de sa première visite ou *a minima* être en mesure d'expliquer pourquoi elles ne le sont pas.

RECOMMANDATION 2 25

Le mode de financement du centre hospitalier doit permettre des perspectives d'investissement et de péréquation sur le temps quinquennal du projet d'établissement.

RECOMMANDATION 3 27

Pour chaque unité, l'organisation des soins et des effectifs doit être définie en fonction des besoins des patients, compte tenu de leurs caractéristiques cliniques et de leur nombre.

RECOMMANDATION 4 30

Rien n'impose que les patients en soins sans consentement soient hébergés en unité fermée. Ils ne doivent l'être en aucun cas si cette décision a pour effet d'induire l'installation de matelas au sol, pratique qui doit être strictement prohibée.

RECOMMANDATION 5 32

L'établissement doit sans délai mettre en place une organisation de ses services de nature à permettre l'administration et le suivi rigoureux des mesures de soins sans consentement, tant en hospitalisation complète qu'au titre de programmes de soins éventuels. Une réflexion d'ensemble impliquant les différents services du centre hospitalier est en ce sens nécessaire, tout comme la mise en place de formations spécialisées des agents chargés de cette mission et d'outils adaptés leur permettant de l'assurer effectivement.

RECOMMANDATION 6 35

L'ensemble des patients doit recevoir un document leur présentant l'hôpital, son organisation et son fonctionnement ainsi que leurs droits et obligations pendant leur séjour ; de plus, et comme cela avait déjà été recommandé à l'issue de la première visite de l'établissement, ces informations doivent être complètes et ne contenir aucune erreur sur le droit applicable.

RECOMMANDATION 7 37

Un travail d'ensemble doit être mené autour des documents d'information générale destinés aux patients. Comme cela avait déjà été recommandé à l'issue de la visite de 2011, un règlement intérieur actualisé doit en premier lieu être établi. Une partie des règles de vie collectives doit y être fixée, pour éviter des différences de fonctionnement non justifiées entre unités. Les modalités de vie propres aux unités doivent ensuite être déclinées, en référence au règlement intérieur général. Enfin, les modes de diffusion de l'ensemble de ces documents doivent être arrêtés, dans le sens d'une distribution systématique et d'une accessibilité accrue pour les patients.

RECOMMANDATION 8 38

Les décisions ordonnant ou prolongeant des soins sans consentement doivent exposer les motifs de fait et de droit qui en constituent le fondement et doivent être effectivement communiquées aux patients qui en font l'objet. Elles doivent être accompagnées de la liste des droits afférents à ce statut d'admission. Comme pour les ordonnances du juge des libertés et de la détention, cette notification doit inclure la remise effective aux patients des actes qui les concernent et s'accompagner de toute explication utile à leur compréhension.

RECOMMANDATION 9 47

Une consigne relative à la mise en œuvre du droit à la confidentialité de l'hospitalisation doit être rédigée et largement diffusée au sein de tous les services qui peuvent être contactés de l'extérieur.

RECOMMANDATION 10 51

Les patients et leurs proches doivent être mieux informés qu'ils peuvent formuler des réclamations auprès du directeur.

RECOMMANDATION 11 53

Les registres de la loi doivent comporter l'ensemble des informations prévues par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, être renseignés dans le délai légal et permettre le contrôle du suivi des mesures de soins sans consentement.

RECOMMANDATION 12 53

L'existence, le rôle, les pouvoirs et les modalités de saisine de la commission des soins psychiatriques doivent faire l'objet d'une information générale dans l'établissement. Les patients astreints à des soins sans consentement, quelle qu'en soit la forme, doivent être informés des visites de l'établissement organisées par cette commission dans un délai préalable suffisant pour leur permettre, s'ils le désirent, de demander à en rencontrer les membres.

RECOMMANDATION 13 54

La commission des soins psychiatriques doit, conformément aux dispositions de l'article L. 3223-1 du code de la santé publique dans sa rédaction applicable à la Nouvelle-Calédonie, établir un rapport annuel d'activité qui doit être transmis au juge des libertés et de la détention, au haut-commissaire de la République, au procureur de la République et au CGLPL.

RECOMMANDATION 14 54

Conformément à l'article L. 3222-4 du code de la santé publique dans sa rédaction applicable en Nouvelle-Calédonie, le haut-commissaire de la République, le président du tribunal de première instance, le procureur de la République, le maire de la commune ou leurs représentants doivent

visiter l'établissement au moins une fois par an et exercer effectivement la mission de contrôle qui leur est impartie par la loi.

RECOMMANDATION 15 56

Conformément aux dispositions de l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique, si une prise en charge sous forme de programme de soins prévoit des périodes d'hospitalisation, celles-ci doivent être très brèves. Dans le cas contraire, la prise en charge revêt le caractère d'une hospitalisation complète et le patient doit alors bénéficier du contrôle du juge des libertés et de la détention.

RECOMMANDATION 16 57

Le collège des professionnels de santé doit être convoqué par le directeur de l'établissement conformément à l'article L. 3211-9 du code de la santé publique. Le collège doit se réunir formellement et recueillir les observations du patient.

RECOMMANDATION 17 58

L'établissement doit mettre à la disposition de la justice une salle d'audience spécialement aménagée, conformément aux dispositions de l'article L. 3211-12-2 alinéa 3 du code de la santé publique.

RECOMMANDATION 18 59

Les personnes hospitalisées sans consentement gagneraient à se voir exposer lors de l'audience devant le juge des libertés et de la détention, d'une part, l'avis motivé du procureur de la République sollicitant la poursuite de leur hospitalisation afin de leur permettre d'en connaître la teneur et de pouvoir y répondre si elles le désirent et, d'autre part, les voies de recours dont elles disposent et notamment la possibilité qui leur est faite de saisir à tout moment le juge d'une demande de mainlevée de la mesure qui les concerne.

RECOMMANDATION 19 63

La pratique des fouilles des chambres des patients par les forces de l'ordre et la direction de l'établissement à la recherche de toxiques doit être revue et discutée par les instances concernées afin d'en arrêter un cadre respectueux du consentement de la personne.

RECOMMANDATION 20 64

Il est inadmissible que la décision de procéder au contrôle d'un patient et de ses effets personnels donne lieu à l'utilisation d'un détecteur de métaux et qu'une autorisation de sortie puisse être conditionnée par l'exigence de l'accord préalable du patient à l'inventaire de ses biens lors de son retour.

RECOMMANDATION 21 65

Toute éventuelle décision sécuritaire de fouille ou de contrôle des effets personnels des patients doit être individualisée, nécessaire, proportionnée et mise en œuvre par une personne dûment formée et habilitée qui ne participe pas aux soins du patient.

RECOMMANDATION 22 65

Les restrictions imposées aux patients, notamment l'accès à leur chambre, doivent être des décisions médicales individualisées régulièrement réévaluées en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient.

RECOMMANDATION 23 69

Les patients doivent pouvoir correspondre librement et directement, notamment avec les autorités et les juridictions. Les courriers qu'ils adressent au juge des libertés et de la détention ne doivent ainsi, en particulier, pas être d'abord communiqués à la direction de l'établissement.

RECOMMANDATION 24 70

Comme cela avait déjà été recommandé après la visite de 2011, l'établissement doit assurer la liberté d'accès des patients à un téléphone et la confidentialité des conversations. La restriction d'usage de ce moyen de communiquer ne peut résulter que d'une décision médicale individualisée et régulièrement révisée.

RECOMMANDATION 25 70

Sauf incompatibilité médicale dûment constatée, les patients doivent pouvoir conserver leur téléphone portable même s'ils sont admis en soins sans consentement. En tout état de cause, le coût de leurs communications téléphoniques ne doit pas leur être facturé dès lors que celles-ci sont la conséquence de la saisie de leur appareil personnel.

RECOMMANDATION 26 71

Tous les patients dont l'état clinique le permet doivent pouvoir conserver, s'ils en possèdent, leur terminal informatique personnel. En tout état de cause, l'ensemble des patients doit être mis en mesure d'accéder à internet afin de consulter sa messagerie, de se former ou de s'informer et d'initier des démarches, en toute autonomie. Toute restriction doit être motivée et justifiée par l'état clinique du patient.

RECOMMANDATION 27 72

L'établissement doit aménager des espaces permettant aux patients de recevoir la visite de leurs proches sans restriction d'âge, à différents moments de la journée et dans des conditions préservant l'intimité et la confidentialité des échanges.

RECOMMANDATION 28 74

L'établissement doit développer une réflexion institutionnelle sur la sexualité des patients et assurer la formation du personnel à ce sujet. En outre, un espace de dialogue pourrait utilement être mis en place entre le personnel soignant et les patients.

RECOMMANDATION 29 76

Les espaces extérieurs des unités d'admission des patients en soins sans consentement doivent être entretenus et aménagés, même à moindres frais, afin de limiter l'impression carcérale injustifiable qui s'en dégage et, notamment, offrir une perspective visuelle aux patients qui y sont pris en charge. En ce sens, le retrait des plaques de fer, herses anti-évasion et rouleaux de *concertina* installés sur l'enceinte de ces espaces constitue un prérequis.

RECOMMANDATION 30 77

Rien ne justifie que les patients de l'unité d'admission fermée se voient interdire l'accès de leur chambre en journée. En tout état de cause, ces patients doivent avoir un accès libre et permanent à des toilettes.

RECOMMANDATION 31 79

La configuration des chambres d'hébergement des unités fermées d'admission doit être repensée dans son ensemble afin d'en écarter la logique carcérale qui a prévalu lors de leur conception. En particulier, la dépose des portes équipées d'un double verrou extérieur doit être envisagée à court terme, comme tout aménagement de nature à préserver l'intimité des patients et à limiter l'austérité des lieux et l'aspect punitif qui s'en dégage.

RECOMMANDATION 32 82

Les patients de l'unité de postcure et de réhabilitation psychosociale sans consentement ont le droit de voir leur intimité préservée comme l'ensemble des personnes hospitalisées ; l'établissement doit leur proposer les aménagements mobiliers nécessaires pour ce faire.

RECOMMANDATION 33	87
Toutes les chambres des unités d'hospitalisation doivent être équipées d'un système d'appel.	
RECOMMANDATION 34	87
Des toilettes et des lavabos collectifs dotés de l'équipement et du matériel d'hygiène nécessaires (savon, sèche-mains) doivent être accessibles dans toutes les unités de soins.	
RECOMMANDATION 35	88
Chaque patient doit disposer dans sa chambre d'un placard individuel fermant à clé auquel il a librement et constamment accès.	
RECOMMANDATION 36	93
Le service d'urgence doit disposer d'une chambre individuelle permettant l'apaisement d'un patient en soins sans consentement sans risque pour sa sécurité ou celle d'autrui. Un protocole doit préciser les modalités de travail conjoint entre les équipes des deux hôpitaux et la gestion des isolements ou contentions de patients relevant de la psychiatrie, y compris pour les phases de transports vers les urgences et entre les urgences et le CHS.	
RECOMMANDATION 37	94
Une mesure de soins sans consentement ne peut être prise pour des motifs d'ordre administratif sans lien avec la situation clinique du patient.	
RECOMMANDATION 38	101
Le projet médical et le projet d'établissement doivent prévoir une offre d'activités consistante et diversifiée dans les unités et offrir une juste place à la réhabilitation psychosociale et aux ateliers thérapeutiques. Les moyens humains et matériels nécessaires, proportionnés aux besoins des patients, doivent être affectés en conséquence dans l'ensemble des services hospitaliers.	
RECOMMANDATION 39	105
La dispensation des médicaments, qui relève du secret médical, doit s'effectuer de manière individuelle et confidentielle pour offrir aux patients la possibilité d'un échange verbal s'y rapportant. L'établissement doit assurer cette confidentialité, notamment par tout aménagement qui pourrait s'avérer nécessaire des salles de soins de chacune des unités d'hospitalisation.	
RECOMMANDATION 40	108
Aucun des lieux servant à l'isolement des patients n'est conforme aux recommandations de bonnes pratiques. L'utilisation des deux chambres de l'unité de postcure et de réhabilitation sociale, indignes, doit être proscrite. Les autres doivent être réaménagées.	
RECOMMANDATION 41	109
Les patients placés en isolement doivent conserver leurs vêtements sauf si leur état clinique nécessite d'autres vêtements.	
RECOMMANDATION 42	110
Les décisions « si besoin » de contention ou d'isolement doivent être proscrites.	
RECOMMANDATION 43	111
Le statut du patient doit figurer au registre d'isolement et de contention afin que l'hôpital soit en mesure de vérifier que les patients en soins libres ne sont placés en chambre d'isolement qu'à titre exceptionnel et que leur statut est modifié si ce placement excède douze heures.	
RECOMMANDATION 44	112
L'établissement doit proscrire les enfermements en chambre dite hôtelière, y compris dans les unités d'admission fermées. Il doit également proscrire l'enfermement en « chambre sécurisée » en dehors de toute décision médicale enregistrée et suivie en tant que telle.	

RECOMMANDATION 45 112

L'établissement doit mettre en œuvre un outil fiable d'observation des pratiques d'isolement et de contention pour évaluer leur réalité et s'y fonder pour conduire, ensuite, une politique de réduction du recours à ces pratiques.

RECOMMANDATION 46 114

Comme cela avait déjà été relevé lors de la visite de 2011, il n'est pas acceptable que des patients mineurs soient systématiquement hébergés parmi des majeurs. Une unité réservée à l'accueil des jeunes patients doit être créée.

RECOMMANDATION 47 115

La prise en charge thérapeutique spécifique des jeunes patients ne doit pas être limitée à la liaison pédopsychiatrique et à l'intervention spécialisée de la seule éducatrice. Le groupe des jeunes patients doit bénéficier d'une équipe soignante spécialement formée qui lui soit réservée, comprenant éducateurs et psychologues, et qui lui offre une prise en charge dense et continue.

RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

Ces recommandations formulées oralement en fin de visite ou inscrites dans le rapport provisoire ont, selon les informations données au CGLPL, déjà été prises en compte par l'établissement visité. Il semble toutefois utile de les rappeler ici pour mémoire, notamment en raison de leur utilité pour des établissements comparables.

RECO PRISE EN COMPTE 1 28

Des formations aux droits des patients et portant sur les pratiques d'isolement et de contention doivent être proposées de manière prioritaire aux soignants.

RECO PRISE EN COMPTE 2 28

L'établissement doit proposer une formation systématique aux spécificités de la psychiatrie à tous les nouveaux infirmiers et aides-soignants prenant leur fonction pour la première fois dans cette discipline.

RECO PRISE EN COMPTE 3 39

L'établissement doit actualiser et compléter l'information qu'il fournit à ses équipes médicales et paramédicales relativement aux procédures de soins sans consentement et aux droits garantis aux patients concernés, et faire bénéficier tout ou partie de ce personnel de formations spécifiques à cet égard.

RECO PRISE EN COMPTE 4 42

Les questions éthiques soulevées par les membres du personnel dans leur exercice quotidien doivent pouvoir être abordées dans un comité de réflexion accessible à l'ensemble des soignants et ouvert à des personnalités extérieures à l'établissement. La direction doit favoriser la renaissance de ce comité.

RECO PRISE EN COMPTE 5 43

Il doit être systématiquement proposé aux patients la désignation d'une personne de confiance – voire de deux pour tenir compte des spécificités coutumières. La personne désignée doit être informée par l'établissement de sa désignation et des conséquences en découlant, et invitée à confirmer son accord sur cette désignation. Par ailleurs, il ne doit plus être interdit, de fait, aux patients protégés de désigner une personne de confiance.

RECO PRISE EN COMPTE 6 49

Même si l'article L. 1112-3 du code de la santé publique relatif à la commission des usagers n'est pas applicable en Nouvelle-Calédonie, un dispositif permettant de recueillir l'avis des malades et de leurs

proches sur la qualité de leur prise en charge doit être mis en œuvre. Par ailleurs, les associations d'usagers doivent être mieux associées à la vie de l'hôpital et pouvoir rencontrer des patients au sein de celui-ci.

RECO PRISE EN COMPTE 7..... 62

Le personnel chargé de la sécurité incendie de l'établissement doit être informé en permanence et de manière actualisée de tout placement d'un patient en isolement, en espace dédié comme en espace non dédié.

RECO PRISE EN COMPTE 8..... 68

Les patients doivent rester libres de choisir leur tenue vestimentaire.

RECO PRISE EN COMPTE 9..... 68

Les patients en soins sans consentement ne doivent se voir imposer aucun signe distinctif susceptible de les stigmatiser et de porter atteinte à leur dignité.

RECO PRISE EN COMPTE 10..... 73

Le droit des patients à une vie affective et sexuelle ne peut faire l'objet d'une interdiction générale. Les patients doivent bénéficier d'un accès libre à des préservatifs et aucun moyen de contraception ne peut être imposé.

RECO PRISE EN COMPTE 11..... 102

Les patients placés en chambre d'isolement doivent bénéficier d'un examen somatique par le médecin généraliste.

PROPOSITIONS

Ces propositions sont de nature à améliorer le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté sans toutefois nécessiter un suivi de niveau ministériel. Leur application sera évaluée par le CGLPL au cours d'une visite ultérieure de l'établissement.

PROPOSITION 1..... 36

Les règles de vie propres aux unités doivent être harmonisées et ne pas contenir de prescription illégale.

PROPOSITION 2..... 40

Face à l'augmentation des faits de violence entre patients, une réflexion doit être entreprise afin de mieux prévenir les conflits interpersonnels et mieux faire face aux situations de crise.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	5
SOMMAIRE	12
RAPPORT	15
1. CONDITIONS DE LA VISITE	15
2. OBSERVATIONS ISSUES DE LA VISITE PRECEDENTE	17
3. LES OBJECTIFS ET MOYENS DE L'ETABLISSEMENT	22
3.1 Seul établissement de santé mentale de l'archipel calédonien, le centre hospitalier poursuit la structuration d'une filière de soins extra hospitalière adaptée aux contraintes du territoire	22
3.2 Le budget de l'établissement lui permet l'exercice de ses missions mais pas la planification à long terme	25
3.3 Les effectifs soignants ne sont pas organisés en fonction du besoin des patients	26
3.4 Les mesures de soins sans consentement font l'objet d'un suivi administratif défaillant faute d'organisation précise.....	29
4. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	34
4.1 Les documents d'information générale sont obsolètes et peu accessibles, leur contenu est imprécis et parfois erroné	34
4.2 L'information des patients sur leur situation est défaillante, seules les décisions du juge des libertés et de la détention sont formellement notifiées	37
4.3 La gestion des incidents et des violences est marquée par l'absence de plan de prévention des violences entre patients malgré leur nette augmentation	39
4.4 Il n'existe plus de comité d'éthique depuis 2016	42
4.5 La notion de personne de confiance reste très peu investie	42
4.6 Les patients ne sont pas incités à voter.....	43
4.7 Les patients ont accès à deux aumôneries au sein de l'établissement.....	44
4.8 Les demandes de protection juridique des majeurs sont nombreuses et les frais d'expertise médicale exposés dans cette procédure ne sont pas à la charge du patient.....	45
4.9 La confidentialité de l'hospitalisation n'est pas uniformément assurée	47
5. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	48
5.1 L'hôpital n'a pas mis en œuvre de dispositif particulier lui permettant d'être réellement à l'écoute des patients et de leurs proches	48
5.2 Les réclamations sont suivies avec rigueur, mais leur faible nombre pose question	50

5.3	Les registres ne contiennent pas toutes les mentions prévues par la loi et ne permettent pas un contrôle aisé de la régularité des procédures de soins sans consentement	51
5.4	Le contrôle institutionnel est insuffisamment exercé	53
5.5	Le manque de structures extérieures est un frein à la préparation à la sortie et la notion de programmes de soins est appliquée trop extensivement	55
5.6	Le contrôle du juge des libertés et de la détention s'exerce dans des locaux inadaptés	57
6.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	61
6.1	Les mesures de sécurité rapprochent les unités fermées d'un fonctionnement pénitentiaire.....	61
6.2	Dans les unités fermées, les patients ne peuvent se déplacer seuls ni accéder librement à leur chambre.....	65
6.3	Les relations des patients avec l'extérieur sont possibles mais demeurent limitées.....	68
6.4	La sexualité est illégalement interdite et ne fait l'objet d'aucune réflexion institutionnelle	73
7.	LES CONDITIONS DE VIE	75
7.1	Les locaux sont austères, certains inconfortables et ceux des unités d'admission sans consentement sont calqués sur un modèle carcéral	75
7.2	L'hygiène générale est assurée mais certains équipements sanitaires font défaut	87
7.3	Seules quelques chambres sont équipées d'armoires individuelles qui sont dépourvues de serrure.....	88
7.4	Les repas sont variés et appréciés.....	89
8.	L'ACCES AUX SOINS.....	91
8.1	Les urgences psychiatriques et les admissions sont peu organisées	91
8.2	Les soins psychiatriques sont bien formalisés dans le projet médical mais pas encore à la hauteur des espoirs affichés	94
8.3	L'accès aux soins somatiques est assuré	102
9.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	106
9.1	Les lieux d'isolement sont pour la plupart inadaptés ; certains sont indignes	106
9.2	Les modalités de prise en charge ne sont pas toujours régulières	109
9.3	Aucune politique relative à l'isolement et à la contention n'est conduite au niveau institutionnel	110
10.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	113
10.1	Les spécificités des mineurs ne sont que partiellement respectées.....	113
10.2	La prise en charge thérapeutique et éducative pâtit de l'éparpillement des jeunes patients et de l'absence d'une équipe complète spécialisée	115

10.3 Les patients détenus sont toujours admis en unité fermée, mais pas systématiquement en chambre d'isolement.....	116
11. CONCLUSION.....	117

Rapport

Contrôleurs :

- Mathieu Boidé, chef de mission ;
- Alexandre Bouquet ;
- Kévin Chausson ;
- Luc Chouchkaieff ;
- Agnès Lafay ;
- Anne Lecourbe ;
- Cédric de Torcy.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), sept contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé (CHS) Albert Bousquet de Nouméa (Nouvelle-Calédonie) du 7 au 10 octobre 2019.

A cette occasion, le service des urgences du centre hospitalier territorial (CHT) Gaston-Bourret a également été visité.

Une précédente visite de l'établissement avait été organisée du 18 au 20 octobre 2011.

Les contrôleurs sont arrivés sur le site du CHS, situé sur la presqu'île de Nouville à Nouméa, le 7 octobre 2019 à 9h. Ils l'ont quitté le 10 octobre suivant à 16h.

La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction du centre hospitalier : sollicitée à compter du 1^{er} octobre 2019, celle-ci a donné suite aux appels du CGLPL les 3 et 4 octobre.

Le directeur de cabinet du haut-commissaire de la République en Nouvelle-Calédonie, le secrétaire général adjoint du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, le président du tribunal de première instance de Nouméa et le procureur de la République près cette juridiction, le directeur des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie et le bâtonnier de l'ordre des avocats de ce territoire ont été informés de la visite.

Le directeur de l'établissement n'a pas jugé utile d'organiser une réunion de présentation de la mission au bénéfice du personnel du CHS mais il a, en revanche, accueilli et reçu les contrôleurs à leur arrivée et leur a présenté ses services. Les contrôleurs ont ensuite pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site de Nouville et aux urgences du CHT. Les documents qu'ils ont sollicités leur ont été communiqués et une salle de travail a été mise à leur disposition. Aucun affichage informant le personnel et les patients de leur visite n'a cependant été constaté malgré la demande qui avait été adressée en ce sens.

Une réunion de fin de visite s'est tenue le 10 octobre 2019 en présence du directeur du CHS, du chef du service de psychiatrie générale, de psychiatres intervenant en secteurs fermés, des cadres de santé des unités et d'autres membres de la direction. Une représentante de la direction des affaires sanitaires et sociales du gouvernement de Nouvelle-Calédonie était également présente.

Un rapport provisoire de la visite a été adressé le 27 mai 2020 au directeur de l'établissement, à la direction des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie, au haut-commissariat de la République et aux chefs du tribunal de première instance de Nouméa.

Le 22 juin 2020, la direction de l'établissement a accusé réception de ce rapport ; elle a ensuite présenté, le 27 juillet suivant, des observations qui sont intégrées en caractères de couleur verte dans le présent rapport définitif, comme les éventuels commentaires du CGLPL en découlant.

2. OBSERVATIONS ISSUES DE LA VISITE PRECEDENTE

Le rapport de la visite de l'établissement effectuée par le CGLPL au mois d'octobre 2011 a été transmis au ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et au président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie².

En guise de conclusion, ce rapport énonçait les observations suivantes :

1. Une unité d'hospitalisation pour adolescents devrait être mise en place afin de permettre une prise en charge adaptée, en particulier pour l'accès à la scolarité et aux activités thérapeutiques.

2. L'entretien d'accueil infirmier des personnes hospitalisées dans l'unité fermée devrait pouvoir se faire dans un bureau permettant la confidentialité de celui-ci.

3. Les droits des patients devraient être énoncés dès l'entretien d'admission par le psychiatre et renouvelés à la 72^{ème} heure.

4. Le livret d'accueil remis à l'arrivée doit apporter au patient hospitalisé sans son consentement une information fiable sur ses droits et les modalités de leur exercice. Les mentions susceptibles de laisser penser que les voies de recours s'exerceraient par l'intermédiaire du directeur de l'établissement sont à éliminer. Le document devrait en outre intégrer les évolutions législatives les plus récentes, notamment la présence et le rôle du juge des libertés et de la détention.

5. Les adresses des autorités de recours devraient être affichées à la vue de tous dans l'unité d'admission sous contrainte.

6. La mobilisation des services par la direction de l'établissement pour organiser la procédure de saisine du juge des libertés et de la détention dans le cadre du contrôle de droit des hospitalisations complètes sans consentement est à relever positivement, s'agissant des procédures mises en œuvre et de l'accent mis sur le respect des libertés publiques.

7. Le choix de faire tenir les audiences du juge des libertés et de la détention au sein de l'hôpital et non au siège du tribunal, de même que celui de ne pas recourir à la visioconférence, marque la priorité donnée, dans la mise en œuvre de la réforme, à l'intérêt des patients.

8. Dans la salle des délibérations de l'hôpital ou au sein de l'unité sécurisée, les audiences du juge des libertés et de la détention se déroulent dans d'excellentes conditions et en conformité avec les exigences de la loi. La bonne coordination entre les services de l'hôpital et ceux du tribunal est également à souligner.

9. Le juge des libertés et de la détention est apparu soucieux de la bonne compréhension par les patients du sens du contrôle exercé, notamment de manière que l'audience ne soit pas perçue comme une instance pénale. La parole est donnée aux patients et aux membres de la famille quand ils sont présents. Les décisions ainsi que les voies de recours sont exprimées de manière intelligible sur un ton bienveillant et avec un souci pédagogique marqué.

10. Une procédure devrait être mise en place qui permette, sans consulter le dossier médical de chaque patient, une traçabilité des sorties de moins de douze heures.

² Le rapport de cette visite est accessible à l'adresse : <https://www.cglpl.fr/2016/rapport-de-visite-du-centre-hospitalier-specialise-albert-bousquet-a-noumea-nouvelle-caledonie/>

11. Les livres de la loi ne sont pas tenus correctement :

- le registre de soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers est un simple cahier sans rubrique pré-imprimée. Les arrêtés et certificats ne sont pas collés dans le cahier mais rangés dans des classeurs. Il conviendrait d'ouvrir un registre conforme à ceux qu'on trouve dans tous les hôpitaux psychiatriques ;

- le registre des soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat est le document spécifique habituel mais il ne comporte pas les certificats qui sont répertoriés dans des classeurs. Parfois, aucune référence de certificat n'est indiquée dans le registre et les certificats en question sont introuvables dans les classeurs ; cette lacune ne concerne pas que des patients hospitalisés depuis longtemps.

12. L'examen du registre de soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers révèle un nombre important de cas où la loi sur les soins psychiatriques n'a pas été respectée : certificats médicaux d'admission réalisés par deux médecins de l'établissement, admission sur un seul certificat médical, établissement du certificat d'admission et du certificat des 24 heures par le même médecin, admission d'un mineur sur demande d'un tiers.

13. Outre sa disponibilité pour les patients et ses liens avec les équipes soignantes du CHS et les CMP, la personne en charge de la protection juridique des majeurs assure sa mission avec le souci, autant que faire se peut et en fonction de leurs capacités, d'associer les patients à la gestion de leur compte. Il conviendrait que les moyens suffisants soient donnés au service afin de permettre sa continuité.

14. Une attention particulière à la désignation de la personne de confiance devrait être effectuée dans l'unité d'admission sous contrainte.

15. Préalablement à la visite de la commission des hospitalisations psychiatriques en Nouvelle-Calédonie, une information devrait être diffusée en direction des patients afin qu'ils soient avisés de la possibilité de s'entretenir à cette occasion avec un des membres.

16. Les visites des patients avec leurs proches se déroulent dans des pièces « à l'aveugle » et sans fenêtre. Un aménagement du salon d'accueil devrait être mis en place afin d'assurer des espaces d'intimité plus agréables pour les patients et leurs familles.

17. Un poste téléphonique situé en dehors des salles de soins devrait être mis à disposition des patients pour leur permettre d'entrer en contact avec leur famille en toute confidentialité.

18. Il conviendrait de réactualiser le règlement intérieur afin notamment de prendre en compte la loi du 5 juillet 2011.

19. L'unité d'admission sous contrainte a été récemment construite avec une préoccupation première de nature sécuritaire, sans prise en compte de la spécificité du mode de vie océanien : notamment, le manque d'arbres sur la cour et l'absence de perspective visuelle autre que le flanc de la colline, alors que les anciens locaux offraient une vue sur la mer. Il est regrettable que les personnels n'aient pas été associés au projet, ce qui, en outre, aurait peut-être permis d'éviter certains défauts de fonctionnalité du bâtiment.

20. Le temps de psychologue devrait permettre une prise en charge de tous les patients.

21. Un effort particulier devrait être fait afin de recruter un ergothérapeute.

22. L'intervention d'un psychologue pour le personnel devrait être mise en place dans l'unité sécurisée qui ne connaît ni réunion de synthèse, ni supervision d'équipe.

23. Un protocole médical prévoit des contrôles de consommation de cannabis pour les patients. Il conviendrait de s'interroger à propos de leur caractère systématique au retour de permission de sortie, de l'absence de critères plus précis que la suspicion du personnel soignant pour en réaliser au sein de l'unité de soins et, en cas de contrôle positif, sur les conséquences ultérieures sur le régime de sortie des patients.

24. Il conviendrait, à l'instar de ce qui existe avec l'administration pénitentiaire, qu'un protocole soit passé entre l'hôpital et la police nationale, notamment afin d'arrêter des modalités satisfaisantes de réintégration d'un patient après une fugue.

25. Une procédure d'utilisation des moyens de contrainte physique devrait être rédigée au sein de l'établissement et accessible à tous sur intranet. Elle devrait notamment en spécifier les modalités de surveillance.

26. L'organisation du travail, en place depuis des décennies, prévoit un chevauchement à une heure de la journée qui n'est plus adaptée aux besoins des patients : absence d'atelier thérapeutique, fermeture des services publics.

27. Cette organisation conduit en outre à une présence insuffisante – ou parfois excessive – de personnel soignant. Ainsi, entre juillet et septembre 2011, le nombre de personnels soignants à l'unité fermée a été inférieur au minimum requis 12 % du temps en semaine et a atteint six personnes ou plus quatre demi-journées ; quant à l'unité sécurisée, le nombre de personnels soignants a été inférieur au minimum requis près de 68 % du temps en semaine.

Le président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie a répondu à ce rapport le 15 septembre 2015, par un courrier évoquant un « plan d'actions correctives » qui aurait été proposé par l'établissement. Toutefois, ce document n'est pas parvenu au CGLPL.

En tout état de cause, il ressort des propos du directeur de l'établissement recueillis en octobre 2019 qu'aucune suite n'a été donnée, par quiconque, au rapport de la visite effectuée en 2011.

RECOMMANDATION 1

La direction du centre hospitalier devrait, sous le contrôle de ses autorités de tutelle, mettre en œuvre les recommandations émises par le CGLPL à l'issue de sa première visite ou *a minima* être en mesure d'expliquer pourquoi elles ne le sont pas.

En tant que de besoin, il sera fait référence, dans le présent rapport, aux observations émises à l'issue de cette première visite.

Dans ses observations présentées le 27 juillet 2020, le directeur de l'établissement fait valoir les éléments suivants en réponse à certaines des observations énumérées dans le rapport de la visite d'octobre 2011 :

- s'agissant de l'observation n° 2 relative à la confidentialité de l'entretien d'accueil infirmier dans l'unité fermée : « l'entretien avec le patient est habituellement effectué en chambre individuelle », sauf si l'état clinique du patient permet de le tenir dans un bureau avec le médecin ; cependant, un « travail de protocolisation est en cours pour revoir les différentes étapes de l'accueil du patient dans l'unité en fonction de son état clinique ». Deux plaquettes d'informations relatives aux unités fermées d'admission, à destination des patients et de leurs familles, sont produites ainsi qu'une « synthèse des axes prioritaires pour la certification V5 » de la Haute autorité de santé, datée du 6 novembre

2019 et un projet de « protocole d'accueil du patient à l'unité d'admission sans consentement » qui est daté du 8 mars 2018 et distingue les situations des patients « sédaté », « agité » et « calme » et prévoit, pour cette dernière catégorie, un « *entretien d'accueil dans le bureau de l'unité ou dans la chambre d'isolement* » ;

- s'agissant de l'observation n° 3 relative à l'énonciation aux patients de leurs droits : ces droits sont énoncés lors de l'admission, sous réserve de l'état clinique des patients ; un « *travail de protocolisation est en cours pour revoir les différentes étapes de l'accueil du patient dans l'unité en fonction de son état clinique, incluant l'information du patient* », auquel doivent être intégrées les modalités de distribution de la plaquette d'information relative aux droits des patients qui est disponible sur le logiciel de gestion documentaire interne de l'établissement, utilisé par les soignants de l'unité d'admission sans consentement. La direction précise que sept groupes thématiques doivent être lancés au troisième trimestre 2020 dans le cadre de la préparation à la certification « V5 », après un report dû à la pandémie de coronavirus : un groupe de travail « droits des patients » est prévu, un autre relatif au parcours patient et un troisième à la liberté d'aller et de venir, qui traitera des sujets de l'isolement et de la contention. Enfin, un « *espace de traçabilité de la délivrance de l'information au patient concernant ses droits va être inclus au dossier patient informatisé.* » Les mêmes documents que ceux énumérés ci-dessus sont produits à l'appui de ces observations ;
- s'agissant de l'observation n° 5 relative à l'affichage des coordonnées des autorités de recours : elles sont affichées dans les deux unités fermées, selon les observations du directeur qui produit pour en justifier une photographie de l'affichette transmise par le CGLPL aux fins d'annonce de sa visite du 7 au 10 octobre 2019 – sur l'information des patients, voir *infra*, § 4.1 et 4.2 ;
- s'agissant de l'observation n° 13 relative aux moyens du service en charge de la protection juridique des majeurs : « *depuis 2011, le personnel de la tutelle (association de coopération sociale et médico-sociale) a vu ses effectifs augmenter de façon notable. Quatre gérantes de tutelle ainsi qu'une secrétaire sont actuellement en poste.* » – sur ce point, voir *infra*, § 4.8 ;
- s'agissant de l'observation n° 17 relative aux postes téléphoniques : un poste a été installé à l'unité d'admission sans consentement, dont l'accès est réglementé, et « *le téléphone de l'unité 5 bis n'est plus équipé de cabine (destruction systématique de cette dernière par les patients)* » ; il est en outre mentionné qu'à « *court terme (18 mois)* » doit être organisé « *un temps également en matinée pour permettre l'accès des patients [de l'unité d'admission sans consentement] au téléphone* » ; une « *recherche d'une solution pour aménager un espace confidentiel pour les appels* » doit être lancée, comme doit être mis en place un « *téléphone spécifique identifié pour les patients [des deux unités fermées d'admission] permettant la confidentialité des communications* » qui, donc, n'est toujours pas installé – voir *infra*, § 6.3.2 ;
- s'agissant de l'observation n° 21 relative à la vacance du poste d'ergothérapeute des ateliers thérapeutiques : un recrutement à temps plein a été assuré en 2012 et l'équipe a ensuite été complétée par un éducateur spécialisé, un infirmier recruté en 2018 et une monitrice éducatrice recrutée « *pour août 2020* » ;
- s'agissant de l'observation n° 22 relative à l'absence de supervision et de psychologue pour le personnel de l'unité d'admission dite sécurisée : « *un temps de psychologue a été*

*instauré en 2012. Depuis 2014 jusqu'à ce jour, c'est un neuropsychologue qui intervient à hauteur de 0,2 équivalent temps plein. Des groupes d'analyses de pratique avaient été déployés de 2014 à 2016. Ils ont ensuite été remplacé[s], en 2019 par une supervision, toujours effective à ce jour ». Un planning des interventions de supervision (une heure et demie par semaine et par service) est joint – voir *infra*, § 3.3 ;*

- s'agissant de l'observation n° 23 relative au contrôle de la consommation de stupéfiants par le personnel : « *le protocole auquel il est fait référence n'est plus en vigueur* » et le groupe de travail chargé des droits des patients dans le cadre de la certification « V5 » « *aura notamment pour objectif de produire une organisation formalisée compatible avec les droits du patient sur ce thème* » – sur le sujet, voir aussi *infra*, § 6.1.2 ;
- s'agissant de l'observation n° 25 relative à l'absence de procédure d'utilisation des moyens de contrainte physique : « *un protocole (...) a été fait en 2015 et est accessible via le logiciel de gestion documentaire* » ; sont produits deux protocoles du 25 novembre 2015, relatifs à la mise en isolement et à la pratique de la contention. Le groupe de travail chargé des droits des patients dans le cadre de la certification « V5 » « *aura notamment pour objectif de produire une politique institutionnelle sur le thème et une mise à jour [de ces protocoles] dans le respect des droits du patient en adéquation avec les recommandations de bonnes pratiques de la haute autorité de santé* » – sur le sujet, voir aussi *infra*, chapitre 9.

3. LES OBJECTIFS ET MOYENS DE L'ETABLISSEMENT

3.1 SEUL ETABLISSEMENT DE SANTE MENTALE DE L'ARCHIPEL CALEDONIEN, LE CENTRE HOSPITALIER POURSUIT LA STRUCTURATION D'UNE FILIERE DE SOINS EXTRA HOSPITALIERE ADAPTEE AUX CONTRAINTES DU TERRITOIRE

3.1.1 Contexte général

La santé publique relève des compétences dites d'attribution des autorités de Nouvelle-Calédonie. Ainsi, c'est le président du Gouvernement calédonien qui exerce la tutelle du CHS Albert Bousquet, établissement public hospitalier autonome depuis le 1^{er} janvier 1990.

La direction des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie assure sur ce territoire le rôle dévolu, sur le territoire métropolitain, aux agences régionales de santé.

Les autorités nationales, représentées dans l'archipel par le haut-commissaire pour la République en Nouvelle-Calédonie, demeurent cependant compétentes au titre des pouvoirs régaliens de l'Etat. A cet égard, cette autorité a compétence en matière de soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat et le ministre des solidarités et de la santé est chargé du suivi de la mise en œuvre des dispositions concernées du code de la santé publique, qui sont applicables sur le territoire calédonien.

Bien que la Haute autorité de santé (HAS) n'ait pas une compétence de principe sur ce territoire, le directeur du CHS a souhaité dès sa prise de fonctions se projeter dans une démarche qualité. Une première certification HAS a ainsi été obtenue en 2004, renouvelée en 2010 mais abandonnée ensuite en raison, selon les informations communiquées aux contrôleurs, de l'absence à l'époque de département d'information médicale dans l'établissement.

Le CHS Albert Bousquet est le seul établissement de santé mentale de l'archipel calédonien ; son directeur est délégué régional du secteur psychiatrique de la fédération hospitalière de France pour la zone Pacifique et une convention lie l'établissement à la collectivité de Wallis-et-Futuna.

Au cours des vingt dernières années, le CHS est parvenu à structurer, autour du site intra hospitalier, une filière de santé mentale lui permettant d'apporter une réponse graduée aux besoins de soins sans recours systématique à l'hospitalisation (voir aussi *infra*, § 8.2 Au moment du contrôle, le renforcement et le développement de ce maillage territorial se poursuit.

3.1.2 Le secteur intra hospitalier

Lors de la précédente visite du CGLPL, l'établissement comptait 208 lits d'hospitalisation complète sur le site de Nouville. A la fin de l'année 2019, cette capacité est réduite à 130 lits, auxquels s'ajoutent officiellement trois lits dits « d'urgence » : il s'agit de chambres d'isolement (voir *infra*, § 9.1). Cette offre hospitalière se répartit comme suit :

- vingt lits dans l'unité d'admission libre (UAL, « pavillon 7 ») dans laquelle, ainsi que son nom l'indique, ne sont hospitalisés que des patients en soins libres ;
- trente lits répartis dans deux unités d'admission sans consentement, l'une dite fermée (UASC-UF dite « pavillon 5 » comptant vingt et un lits) et l'autre dite sécurisée (UASC-US dite « pavillon 5 bis » regroupant neuf lits) – chacune de ces unités est en outre dotée d'une chambre d'isolement répertoriée ;
- vingt lits dans l'unité de long séjour psychiatrique (ULSP, « pavillon 4 ») ;

- quarante lits dans l'unité de postcure et de réhabilitation psychosociale (UPCRPS, pavillons 2 et 3, communément désignés sous le vocable « unité 3-2 ») ;
- vingt lits dans l'unité de postcure et de réhabilitation psychosociale sans consentement (UPRPSC, « pavillon 6 »), auxquels s'ajoute une chambre d'isolement ainsi qualifiée.

Conformément à l'intitulé de ces services, les patients en soins sans consentement sont pris en charge dans les deux unités d'admission dites « fermée » et « sécurisée » (5 et 5 bis) et dans une unité, tout aussi fermée, de postcure et de réhabilitation psychosociale (pavillon 6) qui leur est réservée. Ponctuellement, notamment lors des hospitalisations séquentielles mises en place dans le cadre des programmes de soins auxquels ils peuvent être astreints au terme de leur hospitalisation complète (voir *infra*, § 5.5.2), leur suivi peut être assuré par l'unité dite « 3-2 ».

Chacune des unités 5, 5 bis et 6 compte une chambre d'isolement identifiée comme telle, auxquelles s'ajoutent deux chambres d'isolement situées dans l'unité 3-2. L'isolement en espace non officiellement dédié est néanmoins fréquent (voir *infra*, § 9.2).

S'ajoute à cette offre de psychiatrie générale un pôle gériatrique de soixante-dix-sept lits comprenant une unité Alzheimer (trente lits), une unité de soins de suite et de réadaptation (vingt lits) et une unité consacrée à la fin de vie (vingt-sept lits). Enfin, une unité d'accueil, d'orientation et d'urgence de psychiatrie est en place au CHT Gaston-Bourret (voir *infra*, § 8.1.1).

3.1.3 Le secteur extra hospitalier

Au moment de la visite des contrôleurs, le CHS propose des structures extra hospitalières en psychiatrie générale et en psychiatrie infanto-juvénile, pour l'essentiel situées dans l'agglomération nouméenne (qui regroupe les deux tiers de la population du territoire calédonien) et pour certaines sur le site hospitalier lui-même.

Au titre de la psychiatrie générale, il s'agit d'une soixantaine de places d'hospitalisations à temps partiel, de centres et d'antennes médico-psychologiques ainsi que de consultations ambulatoires, savoir :

- à Nouméa, vingt-cinq places en hôpital de jour et quatre places en hôpital de nuit, seize places en ateliers thérapeutiques (sur le site de Nouville au jour du contrôle), quatre places par convention avec une association pour la réinsertion des anciens prisonniers dans une société accueillante (RAPSA), dix places d'activités à temps partiel et un centre médico-psychologique (CMP) ;
- trois antennes médico-psychologiques à Koné, Poindimié et Koumac (province Nord) ;
- des consultations ambulatoires à Païta, La Foa, Bourail, Thio, Yaté et sur l'île des Pins (province Sud) ;
- des missions dans la province des Iles Loyauté (Ouvéa, Lifou et Maré).

L'antenne médico-psychologique de Koné s'est développée en soutien au centre hospitalier du Nord qui a ouvert ses portes dans cette localité courant 2018 ; elle propose également une offre de soins de pédopsychiatrie, laquelle comprend par ailleurs :

- à Nouméa, quinze places en hôpital de jour, dix places en activités à temps partiel, deux CMP et un centre d'accueil et de soins pour adolescents ;
- une antenne médico-psychologique sur l'île de Lifou ;
- des consultations ambulatoires à Païta, La Foa et sur l'île des Pins ;
- des mission sur les îles Ouvéa et Maré.



Offre de soins visée par le projet d'établissement 2015-2019 – source : CHS Albert Bousquet

3.1.4 Les projets

Le CHS Albert Bousquet ne dispose d'aucun contrat d'objectifs et de moyens depuis l'année 2010 ; un projet d'établissement pour la période 2015-2019, communiqué aux contrôleurs, inclut le projet médical. Ambitieux, il n'a pas été entièrement mené à bien et sa refonte pour la période 2020-2025 n'est pas présentée comme une priorité au moment de la visite, la direction privilégiant alors l'aboutissement de trois projets, dont deux menés conjointement avec le CHT Gaston-Bourret. Il s'agit :

- d'abord, de la construction et de l'ouverture d'une maison d'accueil spécialisée (MAS) à Païta où doivent être transférés les patients de l'unité de long séjour psychiatrique (pavillon 4). Cette nouvelle structure doit également permettre la réduction de dix lits de l'unité de réhabilitation psycho-sociale (pavillon 3-2) ;
- ensuite, en lien avec le CHT Gaston Bourret, de la mise en place d'un pôle infanto-juvénile réunissant, en plus des structures existantes, un hôpital de jour à proximité du CHT et une maison des adolescents à Dumbéa ;
- enfin, d'un projet intitulé « Bien vieillir » mené en partenariat avec le CHT.

L'édition d'un nouveau projet d'établissement est néanmoins évoquée ; selon les informations communiquées, il pourrait notamment porter sur d'autres projets, telles la mise en place d'une convention avec la clinique Kuindo-Magnin située sur la presqu'île de Nouville, l'installation d'une dizaine de lits d'hospitalisation en province Nord (quatre à six lits d'hospitalisation complète et

huit lits de réhabilitation psychosociale à Koumac), voire la création d'un centre de jour dans les locaux de l'ancien hôpital de Magenta (à Nouméa) et d'un nouvel hôpital de jour à proximité. Ces perspectives sont, toutes, de nature à limiter le risque de sur occupation des unités du site hospitalier (voir infra, § 3.4). Cependant, si la mise en place du pôle infanto-juvénile projeté en lien avec le CHT est effectivement en cours au moment du contrôle, les autres projets n'ont pas encore été discutés au niveau institutionnel.

3.2 LE BUDGET DE L'ETABLISSEMENT LUI PERMET L'EXERCICE DE SES MISSIONS MAIS PAS LA PLANIFICATION A LONG TERME

En 2018, le CHS a disposé en recettes de 5 438 915 748 francs pacifiques (CFP³), comprenant une dotation de la CAFAT⁴ de 4 078 296 619 CFP (+4,3 % en un an), d'un titre 2 (forfait journalier, conventions, etc.) de 415 611 639 CFP, d'autres recettes (remboursement des prestations au centre pénitentiaire) à hauteur de 511 217 370 CFP et d'un financement soins de suite et réadaptation (SSR) de 433 790 120 CFP.

La même année, les dépenses étaient de 5 257 899 907 CFP ; elles comprenaient 3 727 754 573 CFP sur le titre 1 (personnel), 159 607 166 CFP sur le titre 2, 933 641 147 CFP sur le titre 3 et 436 897 023 CFP sur le titre 4.

Le budget est ainsi clôturé chaque année avec un léger excédent (181 millions de CFP soit 1,4 million d'euros). La capacité d'autofinancement est positive (+ 496 millions de CFP) ; les emprunts, peu élevés, se montent actuellement à 125 millions de CFP.

Si la situation de l'établissement est donc saine au moment de la visite des contrôleurs, il ressort des explications qui leur ont été apportées que le gouvernement calédonien ne propose au vote du congrès, chaque année, que le taux d'évolution des dépenses du CHS : ainsi, en l'absence d'engagement financier pluriannuel, l'établissement ne peut pas programmer d'investissement à moyen ou long terme.

RECOMMANDATION 2

et de péréquation sur le temps quinquennal du projet d'établissement.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction du CHS fait valoir que « contrairement au premier projet d'établissement (2005-2010) qui a fait l'objet d'un CPOM (2007-2010), notre dernier projet d'établissement 2015-2019 est resté en l'état. En revanche, seule la délibération n° 196 du 9 décembre 1996 fixe à ce jour les principes accompagnant l'offre de soins 2017-2022. En outre, depuis 2019, le taux directeur des centres hospitaliers est nul, hormis pour le CHS une mesure

³ Soit environ 45 637 870 euros avec 1 CFP = 0,0084 euro

⁴ La Caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie (CAFAT) est l'organisme qui gère le régime général de sécurité sociale de Nouvelle-Calédonie, le régime unifié d'assurance maladie maternité et trois régimes particuliers (les allocations familiales de solidarité / le régime handicap et perte d'autonomie / le complément retraite de solidarité), le recouvrement des cotisations, ainsi que le contrôle et le contentieux ayant trait à ces cotisations. Il s'occupe également du versement de la dotation globale de financement aux établissements hospitaliers publics, de la gestion et le contrôle des dépenses des assurés et des professionnels de santé, du contrôle médical, de la prévention des accidents du travail et de l'action sanitaire et sociale.

Source : <https://service-public.nc>

Les hospitalisations sous contrainte en Nouvelle-Calédonie (entre 2004 et 2018) :

Années	H.O.	H.O./P.J.	D.398 CPP		HDT		Mineurs	TOTAL	Entrées Dir.	% Entrées
2004	29	6	10		225		-	270	801	33,7 %
2005	45	4	6		267		5	327	831	39,3 %
2006	29	1	17		213		2	262	735	35,6 %
2007	29	1	15		278		7	330	764	43,2 %
2008	33	3	13		241		4	294	755	38,9 %
2009	36	2	15		252		4	309	729	42,4 %
2010	58	1	15		214		8	296	718	41,2 %
Années	SPSCDRE	PJ	D.398 CPP	SPI	SPSCDI	SPSCDTU	Mineurs	TOTAL	Entrées Dir.	% Entrées
2011	62	3	19	-	226		9	316	706	44,7 %
2012	52	13	22	5	250		8	350	791	44,3 %
2013	44	15	15	22	297		13	406	827	49,1 %
2014	45	15	15	37	271		16	399	821	48,6 %
2015	56	16	19	40	262		7	400	773	51,7 %
2016	35	16	20	48	241	9	6	375	736	50,1 %
2017	35	19	11	91	223	9	9	397	869	45,6 %
2018	27	9	25	102	193	8	2	362	899	40,3 %











b) L'unité sécurisée

S'agissant de cette seconde unité d'apparence carcérale, le rapport de la visite du CGLPL de 2011 relevait déjà son défaut de fonctionnalité à multiples égards :

« la "légèreté" des matériaux n'a pas résisté à certaines situations de crise, ainsi les fenêtres en verre d'origine ont dû être rapidement remplacées ; beaucoup d'espaces dans l'unité comportent des angles morts qui compliquent la surveillance ; les dalles mobiles des sous-plafonds de l'unité constituent des cachettes commodes difficilement contrôlables... »

Outre les espaces extérieurs ultra « sécurisés » déjà évoqués, les dix chambres individuelles de cette unité disposent, comme la chambre d'isolement dont elle est dotée, d'une double entrée :

la porte habituelle donne sur le couloir central tandis qu'une deuxième porte, ouvrant sur un couloir d'intervention perpendiculaire, donne accès au local sanitaire de la chambre. Il en est fait exclusivement usage par les personnels en cas de nécessité ou de blocage de la porte principale. Chaque porte donnant sur le couloir est une porte blindée, à la serrure renforcée par deux verrous, percée d'une ouverture vitrée en son centre de 28 cm de côté, autorisant un contrôle visuel permanent de la pièce ; cette ouverture n'est dotée d'aucun système occultant.



Couloir d'hébergement, unité sécurisée 5 bis

L'organisation et l'aménagement des chambres de cette unité, démunies de bouton d'appel, est à l'avenant :

L'aération des pièces est assurée par un dispositif de climatisation. Tout mobilier est absent à l'exception d'un lit métallique fixé au sol. Les étagères, sans porte, sont maçonnées dans les cloisons de la pièce, ainsi que la table.

Le bloc sanitaire occupe un angle de la chambre. On y accède par une ouverture sans porte ; il comporte un lavabo surmonté d'un miroir incassable mais déformant, des WC sans abattant, et une douche. Un cabinet de toilette, situé au début du couloir d'accès aux chambres, dispose d'un lavabo et d'une véritable glace.

L'ensemble de ces aménagements fait, comme la pratique précitée d'enfermement des patients dans leur chambre pendant chaque nuit, de ces lieux d'hébergement des chambres d'isolement *de facto*, non répertoriée comme telles et alors que rien ne justifie une telle configuration pénitentiaire.













